W Bulloch

7.

Ueber einen Fall

von

Haemophilie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medicin

verfasst und einer

hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hermann Goetz,

appr. Arzt aus Aichach.

München 1898.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Ueber einen Fall von Haemophilie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medicin

verfasst und einer

hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hermann Goetz,
appr. Arzt aus Aichach.

München 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Seinen Eltern

in

dankbarer Verehrung gewidmet

der Verfasser.

Bekanntlich ist die Auffassung, dass der Haemophilie Rang und Bedeutung einer selbständigen Krankheit zukomme, erst in der Neuzeit, vor allem durch die Bemühungen Nasses zu unbestrittener Herrschaft gelangt und die Bezeichnung Haemophilie seit Schönlein, dem Erfinder der Peliosis rheumatica, die gebräuchliche.

Hat Grandidier schon im Jahre 1877 die Zahl der bis dahin bekannten Bluterfamilien auf 157 angegeben, so hat sich dieselbe bis zum heutigen Tage noch bedeutend vermehrt und sind ausserdem noch einzelne Fälle von Haemophilie bekannt geworden, die nicht im Zusammenhang gebracht werden können, mit einer der als Bluter bekannten Familien, sondern bei denen ganz plötzlich ohne nachweisbare Ursache die hämorrhagische Diathese zum Vorschein kam. Um einen derartigen Fall, wo die Zeichen der Haemophilie plötzlich im 19. Jahre auftraten, ohne dass eine erbliche Belastung nachzuweisen, allerdings aber auch auszuschliessen ist, handelt es sich auch in dem Falle, den wir zum Thema unserer Bearbeitung gewählt haben und dessen Krankengeschichte wir zunächst anführen wollen.

Krankengeschichte.

Anamnese: Koch Karl, 23 Jahre alt, kathol., Glaser aus München, Türkenstr. 81/1 Rg.

Der Vater des Patienten ist Konditor; er ist gesund und soll nach Aussage des Patienten auch nie ernstlich krank gewesen sein. Stärkere Blutungen bei Verletzungen sollen bestimmt nie eingetreten sein. Auch was den Grossvater des Patienten und seine übrigen Verwandten väterlicherseits betrifft, sind keine auf Haemophilie hinweisenden Zeichen zu konstatieren. Die Mutter ist im Alter von 54 Jahren an der Wassersucht gestorben. Weder sie noch Angehörige ihrer Familie seien Bluter gewesen. Lebende Geschwister des Patienten sind nicht vorhanden, ein Bruder soll in früherer Kindheit an Brechdurchfall gestorben sein.

Patient will bis zu seinem 19. Lebensjahre stets gesund gewesen sein, Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben, kann er sich nicht erinnern; Neigung zu Blutungen war nie vorhanden.

Im April 1894 wurde Patient plötzlich ohne äussere Veranlassung von starkem Nasenbluten, das mehrere Tage andauerte, befallen, so dass er gezwungen war, einen Arzt zu Hilfe zu rufen, der die Blutung durch Tamponade stillte. Durch den starken Blutverlust wurde Patient sehr entkräftet, erholte sich aber wieder in wenigen Tagen. Von dieser Zeit an waren Blutungen aus der Nase häufig, doch nicht so stark, dass sie nicht nach ein paar Stunden von selbst wieder gestanden wären. Doch einmal im Jahre, nach Angabe des Patienten immer beim Eintritt der warmen Jahreszeit, wurde die Blutung immer so stark, dass er ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen musste und sehr schwach und entkräftet wurde.

Im September 1894 bekam Patient einen stecknadelkopfgrossen Abscess am Kinn, der sich rasch

vergrösserte und nach 7 Tagen durch zwei leichte Einschnitte geöffnet wurde. Bei der Operation hätte sich Patient angeblich beinahe verblutet. Die Narben sind heute noch deutlich sichtbar.

Seit 2 Jahren bemerkte Patient an beiden Beinen häufig einen roten Ausschlag, der angeblich auf ein Bad immer wieder zurückging.

Seit 14 Tagen hat Patient einen eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre und verspürt starke Sckmerzen beim Urinieren; auch am linken Hoden hat er starke Schmerzen. Er gibt zu, vor etwa 3 Wochen infiziert worden zu sein. Er behandelt seine Gonorrhoe von Anfang an durch Einspritzungen mit einer Flüssigkeit, die ihm ein Freund empfohlen — was es war, ist nicht zu eruieren. Auf die Eihspritzungen erfolgte in der Regel ein geringer Blutabgang, der bald wieder aufhörte Dieses Leiden hätte jedoch den Patienten nicht veranlasst, die Anstalt aufzusuchen, sondern er kommt in das Krankenhaus wegen einer starken, unstillbaren Blutung aus der Nase.

Status praesens am 26. Januar 1897.

Der Patient ist ein grazil gebautes Individuum von herabgekommenem Ernährungszustande und blasser Haut- und Gesichtsfarbe. Er hat blonde Haare und blaue Augen. Bei seinem Eintritt in das Krankenhaus besteht starke Epistaxis, welche die sofortige hintere Tamponade beider Nasenlöcher nötig macht. Das entleerte Blut ist etwas heller als normal.

An der Innenseite der rechten Kniegelenksgegend, am linken Oberarm und der linken Wade befindet sich je eine über thalergrosse livide verfärbte Hautstelle, welche die charakteristischen Farbenverände-

rungen resorbierten Blutfarbstoffes zeigen; über die Entstehungsursache dieser Flecken weiss Patient keine nähere Auskunft zu geben, sie seien von selbst entstanden. Aus der Harnröhre entleert sich auf Druck eine reichliche Menge eitrigen, leicht mit Blut untermischten Sekretes. Beide Hoden und Nebenhoden sind frei von Entzündungserscheinungen. Die Lungen ergeben keinen pathologischen Befund, der Schall über beiden Spitzen ist normal, die unteren Lungengrenzen sind gut verschieblich, das Atmungsgeräusch ist über allen Partien vesikulär.

Das Herz zeigt eine geringe Verbreiterung nach rechts, bis zur Mitte des Brustbeins, der Herzspitzenstoss ist im vierten Interkostalraum innerhalb der Mamillarlinie schwach zu fühlen, die Herztöne sind über allen Ostien rein. Die Milz ist nicht vergrössert: Cervikal-, Occipital- und Cubitaldrüsen sind nicht zu fühlen; in der linken Leiste befindet sich eine taubeneigrosse, unempfindliche Anschwellung von Inguinaldrüsen. Die Gelenke sind nicht geschwollen und keines ist schmerzhaft; Gelenkschmerzen sollen auch von jeher nie bestanden haben.

Die Temperaturen der nächsten Tage, in welchen eine wesentliche Veränderung des Befindens nicht zu konstatieren war, sind folgende:

26.	I.	37,0	37,8.
27.	I.	37,9	38.2.
28.	I.	37,3	37,8.
29.	I.	37,5	37,8.
30.	I.	37,5	37,4.
31.	I.	37,1	37,4.
1.	II.	37,0	38,0.

2. II. 37,0 38,1.
3. II. 36,9 37,2.
4. II. 37,4 27,7.

Patient hat bisher gegen seine Gonorrhoe Zincum sozojodolicum injiziert, seit gestern besteht bei ihm eine Cystitis; er verspürt Schmerzen in der Blasengegend und hat namentlich sehr starke Schmerzen beim Urinieren. Der Harn ist stark sanguinolent. Patient entleert zuerst unter grossen Anstrengungen stark mit Blut vermischten Harn und dann noch eine beträchtliche Menge reinen Blutes. Nachdem Patient gestern von starken Kopfschmerzen geplagt war, haben dieselben heute nach einer mässigen Blutung aus der Nase wieder aufgehört. Im übrigen hat sich das Allgemeinbefinden des Patienten insofern gebessert, als die Schwäche und Entkräftung geringer geworden sind.

5. II. Temperatur 37,8; 38,6.

Die Haematurie besteht unverändert weiter. Patient bekommt deshalb eine subkutane Injektion von Ergotin, (Ergotin dial. 2,0, Aq. destill. 8,0; 2 Spritzen à 1,0). Der Puls ist regelmässig und kräftig, 64; die Herzthätigkeit ist in Ordnung.

6. II. Temperatur 37,5; 39,1.

Der Puls ist regelmässig, wenig gespannt, 88. Der Urin ist heute etwas weniger trüb, aber noch immer stark sanguinolent.

Abends 5 Uhr. Der Puls ist wenig gespannt, ziemlich weich, regelmässig, Frequenz 100. Seit vorgestern besteht geringer Husten mit Auswurf, dem heute geringe Mengen von Blut beigemischt sind. Heute nachmittag hatte Patient angeblich einen Anfall von Schüttelfrost; das Allgemeinbefinden ist

wesentlich verschlechtert. Die Untersuchung der Lungen ergibt folgendes Resultat: Ueber der linken Spitze ist der Perkussionsschall beträchtlich verkürzt, das Atmungsgeräusch ist feuchtes Vesikuläratmen. Links oben hört man feuchte mittel- und kleinblasige Rasselgeräusche. Auch über der linken Infra- und Supraclavikulargrube ist der Schall abgekürzt. Der linke untere Lungenrand ist gut verschieblich. Die rechte Lungenspitze ist frei, der Perkussionsschall ist normal, das Atmungsgeräusch überall vesikulär, die untere Lungengrenze gut verschieblich.

Die Herzdämpfung reicht nach oben bis zum unteren Rand der 4. Rippe, nach rechts bis zur Mitte des Sternums, der Herzspitzenstoss ist im 4. Interkostalraum innerhalb der Mamillarlinie schwach zu fühlen, er ist nicht verbreitert. Der erste Ton an der Spitze ist etwas unrein. die übrigen Töne sind rein.

Vor einigen Tagen klagte Patient auch über Schmerzen in der linken Nierengegend, dieselben sind aber von selbst wieder verschwunden; dagegen besteht heute heftige Schmerzhaftigkeit in der Blasengegend. Der Urin wird immer noch unter starken Schmerzen entleert und ist sehr sanguinolent. Auf Druck entleert sich aus der Harnröhre reichliches eitriges, mit Blut untermischtes Sekret.

In der Mitte des linken Oberarmes besteht noch eine unregelmässig konturierte und circa handtellergrosse Hautfläche, welche die auf eine Hautblutung zurückzuführenden Farbenveränderungen zeigt; die übrigen früher beobachteten verfärbten Hautstellen haben wieder normale Farbe angenommen. An der Haut über beiden Knien zeigen sich lebhaft gerötete urti-

kariaähnliche Efflorescenzen, die vielleicht als ein Erythema toxicum infolge des starken Gebrauches von Ergotin (heute wieder 3 Spritzen) zu betrachten sind, möglicherweise aber auch als auf die Haemophilie direkt zurückzuführende Hauthämorrhagien angesehen werden können. Jedenfalls wird mit der Injektion von Ergotin ausgesetzt. Die Anämie und die dadurch bedingte Schwäche sind sehr gross, Patient schläft sehr viel.

Die Ordination besteht in Injektionen von Zinc. sozojodol gegen die Gonorrhoe, Decoct. Althaeae wegen der bronchitischen Erscheinungen, ferner bekommt Patient Wein zu trinken wegen der Entkräftung.

7. II. Temperatur 37,8; 37,7.

Das Allgemeinbefinden ist unverändert. Heute keine Ergotininjektion. Der blutuntermischte Auswurf und die Cystitis mit Haematurie bestehen unverändert fort.

8. II. Temperatur 37.5; 38,2.

Die Anämie ist noch sehr beträchtlich, der Puls klein aber regelmässig, 88. Die Haematurie besteht in gleicher Weise weiter, dagegen ist das Sputum frei von Sanguis. Das Allgemeinbefinden ist schlecht, Patient klagt über starkes Schwindelgefühl, wahrscheinlich herrührend von der starken Ergotindosis. Die urtikariaähnlichen Efflorescenzen an den Knieen sind völlig verschwunden, also wahrscheinlich doch toxischer Natur gewesen. Heute Mittag heftiges Erbrechen, jedoch ohne Blutbeimischung.

Patient bekommt wegen der schlimmen Erscheinungen infolge des Ergotingebrauches von heute ab Liquor ferri sesquichlorati innerlich.

Rp. Lig. ferri sesquichlor. 3,0
Ag. Cinnamomi 12,0.
M D S. 10 Tropfen in Wasser stündlich zu nehmen.
9. II. Temperatur 37,1; 38,0.

Nachdem der Urin noch gestern Abend stark sanguinolent war, ist heute keine Spur von blutiger Beimischung mehr nachzuweisen. Aus der Harnröhre entleert sich auf Druck noch Eiter, aber ebenfalls frei von Blut. Der Urin ist von graugelber Farbe und stechendem, ammoniakalischem Geruch. Nach dem auffallenden Erfolge wird mit der Darreichung von Liquor ferri sesquichlor. noch einmal fortgefahren.

Die bronchitischen Erscheinungen haben nachgelassen, der Auswurf ist schleimig, ohne Blutbeimischung; die Rasselgeräusche bestehen fort.

Das Allgemeinbefinden ist noch sehr schlecht, es bestehen heftige Kopfschmerzen; der Puls ist minimal, aber scheinbar regelmässig; die Anämie ist sehr beträchtlich. Die Herztöne sind leise, aber rein, auch der erste Ton an der Spitze.

10. II. Temperatur 37,2; 37,7.

Der Puls ist etwas kräftiger, regelmässig, 180. Das Allgemeinbefinden ist etwas besser, die Schwäche ist geringer geworden, die Kopfschmerzen haben nachgelassen und der Appetit ist besser. Der Urin ist stark cystisch trübe, frei von Blutbeimischung; die Eitersekretion aus der Harnröhre ist minimal. Husten und Auswurf haben bedeutend nachgelassen. Mit der Darreichung von Liquor ferri wird bis auf Weiteres ausgesetzt; Injektion von Zinc. sozojodol in die Harnröhre.

11. II. Temperatur 37,6; 37,5.

Der Puls ist kräftig und regelmässig, 80. Die Herzthätigkeit ist gehörig, sämtliche Töne sind rein. Ueber der linken Lunge sind noch geringgradige Rasselgeräusche zu hören, der Schall ist nirgends mehr abgekürzt. Der Haemaglobingehalt beträgt 34⁰/₀. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist 17,900,000, die der weissen Blutkörperchen 84000, das Verhältnis somit 213:1.

Das Allgemeinbefinden ist gut, der Appetit gehörig.

12. II. Temperatur 37,0; 37,4.

Puls regelmässig, kräftig, 76.

13. II. Temperatur 37,0; 37.4.

Das Allgemeinbefinden ist wesentlich besser geworden. Der Urin ist noch stark getrübt, kein Sanguis. Minimale Trippersekretion aus der Urethra. Injektion von Zinc. sozojodol.

14. II. Temperatur 36.8; 37,0.

Status idem.

15. II. Temperatur 36,9; 38,0.

Der Puls ist heute etwas weicher und frequenter, 100. Das Allgemeinbefinden hat sich wieder wesentlich verschlechtert. Nachdem die Stuhlentleerungen des Patienten während seines ganzen bisherigen Aufenthaltes im Krankenhause immer gehörig waren, treten heute plötzlich heftige Diarrhöen auf, die jedoch keine Blutbeimischung zeigen; gleichzeitig bestehen heftige Schmerzen in der Magengegend. Auch zeigt sich heute zum erstenmale seit 6 Tagen wieder eine abendliche Temperatursteigerung auf 38,0.

16. II. Temperatur 36,8; 37,3.

Die Diarrhöen bestehen fort. Tct. Opii simpl. 10 Tropfen.

17. II. Temperatur 36,5; 37,2.

Die Diarrhöen haben noch nicht sistiert, sind aber nicht sanguinolent; die Magenschmerzen sind verschwunden. Im übrigen hat sich das Allgemeinbefinden wieder wesentlich gebessert. Der Puls ist kräftig und regelmässig, Frequenz 76. Der Urin ist immer noch von derselben Beschaffenheit, trübe, stark ammoniakalisch riechend, aber ohne Blutbeimischung. Mikroskopisch betrachtet stellt sich das Sediment ausschliesslich als weisse Blutkörperchen heraus. Die bronchitischen Erscheinungen sind nahezu vollständig verschwunden.

18. II. Temperatur 36,9; 37,0.

Keine Aenderung im Befinden des Patienten.

19. II. Temperatur 36,5; 37,3.

Allgemeinbefinden gut, Puls kräftig und regelmässig. Die Diarrhöen haben ohne weitere Ordination von selbst aufgehört. Der Urin ist von unveränderter Beschaffenheit. Die Sekretion aus der Harnröhre besteht in ganz geringem Grade fort. Zinc. sozojodol..

20. II. Temperatur 36,8; 36,8.

Status idem.

21. II. Temperatur 36,8; 36,0.

Das Allgemeinbefinden ist gut; Patient zeigt jetzt plötzlich subnormale Temperaturen.

22. II. Temperatur 36,8; 37,3.

Status idem.

22. II. Temperatur 37,0; 37,0.

Patient klagt heute über heftige Kopfschmerzen

und gibt an, dass er glaube, es werde sehr bald wieder eine Blutung eintreten.

24. II. Temperatur 36,6; 37,3.

Der Puls ist voll und regelmässig, 76. Wie Patient geahnt, tritt heute wieder eine starke Blutung aus der Nase auf; dieselbe wird durch Tamponade gestillt. Gleichzeitig wird mit der innerlichen Darreichung von Liquor ferri wieder begonnen.

Der Urin, der in der letzten Zeit vollständig frei von Blutbeimischung war, zeigt folgendes mikroskopisches Bild: Zahlreiche weisse Blutkörperchen, Fibrin, oxalsaurer und neutral phosphorsaurer Kalk, ausserdem die Kamm- und Wetzsteinform der Harnsäure. Die Reaktion ist neutral. In den allerletzten Tagen war die Menge beträchtlich, infolgedessen erschien die Flüssigkeit dünner und weniger getrübt; der Sedimentgehalt ist aber trotzdem immer noch sehr bedeutend.

Die Sekretion aus der Harnröhre ist minimal. Der Stuhlgang ist wieder vollständig in Ordnung; der Appetit ist gehörig.

25. II. Temperatur 36,7; 36,9.

Status idem.

26. II. Temperatur 37,1; 37,2.

Der Puls ist voll und regelmässig, 72. Das Allgemeinbefinden ist gut. Der Urin ist noch trüb, zeigt aber bedeutend weniger Sedimente als bisher.

27. II. Temperatur 36,0; 37,1.

Der Urin ist heute zum erstenmale frei von Sediment, nur Tripperfilamente sind noch ziemlich zahlreich vorhanden. Seit 20. II. wurde mit den Injektionen von Zinc. sozojodol. ausgesetzt und seit

dieser Zeit besteht die antigonorrhoische Behandlung in innerlicher Darreichung von Oleum Santal. 3,0 pro die. Liquor ferri hat Patient seit der letzten Blutung nicht mehr bekommen.

28. II. Temperatur 36,2; 36,8.

Das Befinden des Patienten zeigt keine Aenderung.

1. III. Temperatur 36,6; 37,0.

Allgemeinbefinden dauernd gut, Puls kräftig und regelmässig, 76.

Die Herzthätigkeit ist gehörig; die Untersuchung der Lungen ergibt keinen pathologischen Befund mehr. Die Milz ist wie während der gesamten bisherigen Dauer der Erkrankung nicht vergrössert. Der Haemaglobingehalt beträgt 42%. Die Anemie der sichtbaren Schleimhäute ist noch beträchtlich. Appetit und Stuhlgang sind in Ordnung.

2. III. Temperatur 36,8; 37,0.

Status idem.

3. III. Temperatur 36,6; 37,2.

Patient klagt etwas über Kopfschmerzen, im übrigen ist das Befinden zufriedenstellend.

4. III. Temperatur 37,0; 37,1.

Die Kopfschmerzen sind wieder geschwunden. Der Puls ist regelmässig, 72. Der Urin ist dauernd frei von Sedimenten und zeigt nur spärliche Mengen von Tripperfäden.

5. III. Temperatur 37,5; 37,5.

Befinden unverändert.

6. III. Temperatur 36,8; 37,0.

Puls 76, regelmässig; Appetit und Stuhlgang gehörig.

Schon von Anfang an bestand in der linken

Leiste eine taubeneigrosse, indolente, nicht fluktuirende Geschwulst, bestehend aus vergrösserten Lymphdrüsen. In den letzten Tagen nun hat sich auf der Schleimhaut des Sulcus retroglandularis und auf dem Praeputium eine Balanitis entwickelt in Verbindung mit kleinen Erosionen. Im Anschluss daran ist die indolente Drüsenschwellung in der Leiste stärker geworden, so dass der Tumor jetzt Hühnereigrösse erreicht hat; die Haut über der Anschwellung ist livide verfärbt und im Umkreise von einigen Centimetern ist deutlich Fluktuation nachzuweisen. Auch ist der Tumor jetzt nicht mehr indolent, sondern Patient verspürt bei Berührung desselben heftige Schmerzen. Der Ernährungszustand des Patienten ist jetzt im übrigen wesentlich besser, wenngleich die Anaemie und die Macies noch ziemlich beträchtlich erscheinen. Der Urin enthält noch einzelne Tripperfilamente. Die spontane Sekretion aus der Urethra ist oft äusserst geringgradig. Die antigonorrhoische Therapie besteht in innerlichem Gebrauche von Oleum Santal. Der Haemaglobingehalt beträgt 48%, die Zahl der roten Blutkörperchen ist 18500000, die der weissen 80000, das Verhältnis demnach 230 : 1.

7. III. Temperatur 37,0; 37,5.

Status idem.

8. III. Temperatur 37,2; 37,5.

Das Allgemeinbefinden ist gut; der Puls ist kräftig und regelmässig, 72. Der Drüsenabscess in der linken Leiste hat sich etwas vergrössert, die Fluktuation und Schmerzhaftigkeit haben zugenommen.

9. III. Temperatur 36,8; 37,0.

Status idem.

10. III. Temperatur 36,8; 37,5.

Das Befinden ist unverändert. Der Drüsenabscess ist immer noch im Zunehmen begriffen; die Haut über demselben ist prall gespannt und entzündet, starke Schmerzhaftigkeit.

11. III. Temperatur 37,0; 37,2.

12. III. Temperatur 36,9; 37,2.

Status idem.

13. III. Temperatur 37,0.

Da die Temperaturen des Patienten seit längerer Zeit immer subfebrile waren, wird die Temperatur von jetzt ab nur mehr einmal im Tage gemessen. Heute morgens 6 Uhr hatte Patient ohne irgend welche Prodromalerscheinungen wieder eine stärkere Blutung in den hinteren Nasenrachenraum, die aber auf Verabreichung von Liquor ferri sesquichlor. nach kurzer Zeit stand. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Tripperfäden im Urin sind von sehr geringer Menge. Oleum Santal. wird weiter verabreicht. Der Appetit ist sehr gut; Stuhlgang gehörig.

14. III. 37,2.

15. III. 37,0.

Nach Angabe des Patienten hat sich im Anschluss an die letzte Blutung folgende Erscheinung entwickelt: Am rechten Vorderarm auf der Ulnarseite zeigen sich reichliche rote Flecken und Papeln, welche denen eines Erythema nodosum vollständig identisch sind. Auf der Haut des Unterschenkels finden sich zahllose punktförmige Haemorrhagien, auf dem linken Unterschenkel dicht gedrängt nebeneinander stehend, rechts streifenförmig angeordnet, anscheinend entsprechend den Falten des Bettes.

16. III. Temperatur 36,8.

Heute sind sowohl die Erscheinungen der Purpura wie die des Erythema nodosum schon beträchtlich zurückgegangen. Das Allgemeinbefinden ist gut. Der Drüsenabscess ist seiner Reife nahe, die Schmerzhaftigkeit in der Leiste hat nachgelassen.

17. III. Temperatur 37,0.

Status idem.

18. III. Temperatur 37,2.

Das Allgemeinbefinden ist unverändert; der Puls ist kräftig und regelmässig. Der Drüsenabscess in der Leiste hat sich bedeutend vergrössert, die Haut ist ad maximum gespannt und stark entzündet, die Fluktuation hat den Höhepunkt erreicht. Mit einem Messer wird ein kleiner Einstich in den Abscess gemacht, worauf sich neben wenig Eiter eine grosse Menge von Blut entleert, zum Teil hellrotes frisches Blut, zum Teil alte geronnene Cruormassen. Nach vollständiger Entleerung des Abscesses wird die Höhle mit einer 1 %igen Lösung von Argentum nitricum ausgespült (Verfahren nach Lang) und dann ein trockener Deckverband angelegt.

Die Efflorescenzen der Purpura und des Erythema nodosum sind heute schon vollständig verschwunden.

19. III. Temperatur 36,6.

Der Verband liegt gut; keine Schmerzhaftigkeit; Allgemeinbefinden gut.

20. III. Temperatur 37,8.

Status idem.

21. III. Temperatur 37,4; 37,9.

Beim ersten Verbandwechsel zeigt sich die Incisionsöffnung vollständig geschlossen, der Abszess ist

von neuem gefüllt. Schmerzen sind nicht vorhanden. Es wird ein neuer Verband angelegt.

Im Urin zeigen sich noch ganz vereinzelte Tripperfäden, aus der Harnröhre ist auf Druck kein Sekret mehr zu bekommen.

22. III. Temperatur 37,0; 37,3.

Beim Abnehmen des Verbandes heute morgen zeigt es sich, dass sich der Abszess nachts spontan geöffnet hat. Die Oeffnung wird erweitert und es entleert sich ziemlich viel, zum Teil dünnflüssiges Blut, zum Teil kompakte Cruormassen. Die Höhle wird wieder mit einer 1 %igen Lösung von Argentum nitricum ausgespült und dann mit Jodoformgaze tamponiert; darüber wird ein Druckverband angelegt. An den unteren Extremitäten sind über Nacht neuerdings Purpuraefflorescenzen aufgetreten. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist gut.

23. III. Temperatur 37,0; 37,2.

Status idem.

24. III. Temperatur 36,9; 37,5.

Beim Verbandwechsel entleert sich noch eine ziemliche Menge stark mit Blut untermischten Eiters. Jodoformgazetampon, Druckverband. Die Purpuraefflorescenzen sind deutlicher hervorgetreten, namentlich am linken Oberschenkel. Im Uebrigen ist das Befinden unverändert.

25. III. Temperatur 37,0; 37,2.

Status idem.

26. III. Temperatur 37,2; 37,4.

Status idem.

27. III. Temperatur 36,7.

Beim Verbandwechsel entleert sich aus der Inci-

sionsöffnung eine ganz geringe Menge stark sanguinolenten Sekretes. Die entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung der Incisionsöffnungen sind vollständig zurückgegangen, jede Schmerzhaftigkeit ist verschwunden. Die Höhle wird wieder mit Jodoformgazestreifen austamponiert und ein Druckverband angelegt. Allgemeinbefinden gut.

28. III. Temperatur 37,0.

3. IV. Patient besteht darauf, das Krankenhaus zu verlassen.

Die Gonorrhoe kann als geheilt betrachtet werden, denn aus der Urethra ist schon seit geraumer Zeit kein Sekret mehr zu gewinnen und die Uringläserprobe ergibt nur ganz minimale Epithelkonglomerate aber keine Tripperfäden mehr. Die Incisionsöffnung des Drüsenabscesses ist völlig geschlossen, entzündliche Erscheinungen in der Umgebung sind nicht vorhanden.

Was das Allgemeinbefinden des Patienten betrifft, so ist dasselbe zufriedenstellend. Die Anämie ist zwar noch beträchtlich, der Hämaglobingehalt beträgt 55%, doch ist der Kranke kräftig und von gutem Ernährungszustand; er hält sich schon seit 14 Tagen täglich einige Stunden ausser Bett auf. Der Appetit ist ordentlich, der Stuhlgang gehörig.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keine Abweichung von dem ersten Befunde. Die bronchitischen Erscheinungen an der linken Lunge sind längst verschwunden, die Herztöne sind rein, die Milz ist nicht vergrössert, Drüsenschwellungen sind nirgends nachweisbar. Von den im Anfange vorhandenen Suggilationen ist nichts mehr zu sehen und auch die

neueren Purpuraeffloreszenzen sind wieder verschwunden mit Ausnahme des linken Oberschenkels, wo sie noch in geringem Grade wahrnehmbar sind. Blutungen sind seit 13. III. nicht mehr aufgetreten.

Patient wird aus dem Krankenhause entlassen.

Nachdem wir nun Anamnese, Status und Krankengeschichte im Vorausgehenden zusammengestellt haben, wollen wir daran gehen, den Krankheitsfall in seinen Einzelheiten näher zu betrachten und kritisch zu beleuchten. Vorher möge jedoch noch erwähnt sein, dass sich trotz angestellter Nachforschungen keine Gelegenheit mehr bot, über das weitere Ergehen des Patienten weder von ihm selbst noch aus dem Munde seines Vaters etwas zu erfahren.

Wenn wir zunächst die Anamnese betrachten, so fällt uns vor allem auf, dass absolut keine Spuren zu finden sind, die auf eine Vererbung der Krankheit schliessen lassen. Aus dem Vater des Patienten ist zwar nur schwer etwas herauszubringen, doch das behauptet er bestimmt, dass weder in seiner Familie noch in den Familien seiner Eltern und der Eltern seiner Frau Bluter existiert haben. Diese Angaben schliessen jedoch eine Vererbung nicht aus, denn es ist immerhin noch der Fall möglich, dass es sich handelt um eine — wie Grandidier sie nennt — transgressive Vererbung mit Ueberspringung der Mittelglieder. Ueber diese Art der Vererbung sagt er in seinem Buche „Die Haemophilie“ auf Seite 141 folgendes: „Diese Art der Vererbung kommt am häufigsten und unter so verschiedenen Verhältnissen vor, dass dabei fast alle Arten der modernen Vererbungs-

theorie vertreten sind. Bald erfolgt die erbliche Uebertragung vom hämophilen Vater auf Enkel und Urenkel mit Uebergehung der weiblichen Glieder — Atavismus —, bald von Oheim oder Tante auf den Neffen — Nepotismus —, und zwar entweder mit Uebergehung des Vaters oder der Mutter. Diejenige Vererbung, bei welcher die weiblichen Glieder übersprungen werden, mag sie nun auf atavischem oder oder nepotischem Wege entstanden sein, ist sehr häufig beobachtet worden und in 30 Familien sehr nachweisbar. Zuerst machte Nasse darauf aufmerksam (Horns Archiv 1820), indem er das Gesetz aufstellte, dass die anscheinend gesunden Töchter in Bluterfamilien nicht selbst bluten, wenn sie aber auch mit ganz gesunden Männern aus fremden Familien sich verheiraten, vorwiegend oder ausschliesslich die Krankheit auf ihre männlichen Nachkommen forterben, während ihre Töchter nur äusserst selten eine Anlage zu Blutungen bekommen, d. h. selbst Bluterinnen sind. Gibt es nun freilich zahlreiche Ausnahmen von diesem sogenannten Nasse'schen Erblichkeitsgesetze, so hat sich dasselbe doch auch in neuester Zeit vielfach bestätigt und ist in manchen grossen Bluterfamilien ausschliesslich massgebend. In der weitverbreiteten Familie Mampel, worüber einst Mutzenbecher und später Lossen — siehe Deutsche Zeitschrift für Chirurgie von Hüter, Bd. 7, Heft 3, 4, S. 360, 1876 — berichteten, in der grossen Gruppe der schweizerischen Bluterfamilien zu Tenna, sowie in der umfangreichen Familie zu Paris, die Simon beschrieben hat, kam 4—5 Generationen hindurch kein anderer Modus der Vererbung vor. Ja in den schweizerischen Bluter-

familien gibt es, wie Vieli versichert, als ausgemacht, dass die Kinder nur dann Bluter sind, wenn die Mutter aus einer Bluterfamilie stammt, gleichviel ob der Vater Bluter ist oder nicht, weshalb man dort ganz bezeichnend die Töchter Konduktoren der Krankheit nennt."

Handelt es sich also im vorliegenden Falle wirklich um eine derartige Vererbung mit Ueberspringung von Mittelgliedern, so müssten sich also unter den Vorfahren der Mutter Anzeichen der Hämophilie finden lassen, was leicht möglich ist, da der Vater des Patienten kaum mehr über die Eltern der Mutter, vielweniger über deren Grosseltern sichere Aussagen machen kann. Ein derartiger Modus der Entstehung der Hämophilie ist aber auch noch aus dem Grunde wahrscheinlich, weil alle anderen Entstehungsarten im gegebenen Falle sich nicht erklären lassen.

Es gibt im allgemeinen 2 Entstehungsarten der Haemophilie, eine hereditär entstandene Haemophilie und eine kongenitale oder primitiv entstandene Hämophilie, wo dieselbe ohne Vererbung bald nach der Geburt auftritt. Die hereditäre Entstehung ist nun entweder eine direkte Vererbung oder eine transgressive.

Was nun eine direkte Vererbung betrifft, so ist dieselbe nicht nur wenig häufig und erfolgt in der Mehrzahl der Fälle vom hämophilen Vater auf Söhne. Enkel und Urenkel oder auf Töchter, seltener von der hämophilen Mutter auf Söhne oder Söhne und Töchter, sondern sie ist auch im vorliegenden Falle nach der Anamnese absolut auszuschliessen. Es käme also noch die kongenitale oder primitive Entstehung in Betracht, wo dieselbe ohne Vererbung bald nach

der Geburt auftritt. Ueber diese Art der Entstehung urteilt Grandidier folgendermassen: „Leider sind die Mitteilungen über die bei kongenitaler Genese einschlagenden Verhältnisse ausserordentlich dürftig, und man nimmt gewöhnlich diese Art der Entstehung an, wo erbliche Uebertragung nicht zu ermitteln war. Nur bei 60 Bluterfamilien fand ich Angaben darüber, dass bisher in der Verwandtschaft Hämophilie nicht vorhanden war, und dass mit dem betreffenden Bluter die Krankheit zum ersten Male in der Familie auftrat. 29mal waren dabei die Eltern und Verwandten ganz gesund, 31mal litten sie an anderen Krankheiten. Die Ansicht, dass Ehen zwischen übrigens gesunden Verwandten (in unserem Falle nicht zutreffend) die Hämophilie primitiv erzeugen könnten, ist unbegründet, da kein sicherer Fall bekannt ist, dass durch solche Ehen früher nicht vorhanden gewesene Hämophilie zuerst entstanden sei. Jene anderen Krankheiten, woran entweder beide Eltern oder Vater oder Mutter allein litten, waren nun entweder verschiedene Dyskrasien, wie Gicht, Skrofel, Syphilis, Hämorrhoiden, Krebs, Bright'sche Krankheit, oder Lungen- und Herzkrankheiten, besonders Lungenschwindsucht; bei den Müttern namentlich Bleichsucht, Menstruationsanomalien und Gebärmutterblutungen. (In unserem Falle nur Wassersucht der Mutter, wodurch bedingt unbekannt, zu eruieren.)

Können wir auch in solchen Fällen die Entstehung der Hämophilie nicht genügend erklären, so machen es doch solche Thatsachen sehr wahrscheinlich, dass bei Kindern von Eltern, die zwar nicht an der spezifischen Bluterkrankheit, doch an verschiedenen

eingewurzelten Dyskrasien leiden, eine Disposition zu Blutungen erzeugt wird, die leicht in wirkliche Hämophilie ausarten kann. Wenn beï Konsumtionskrankheiten der Eltern Nutritionsverhältnisse der Kinder, namentlich im Bereiche ihres Gefässsystemes nicht auffallend werden, so ist es eben wohl denkbar, dass auch Blutanomalien im Leben der Eltern, wie Neigung zu Orgasmus und Fluxion, auf die Kinder vererbt werden und bei letzteren gesteigert die Entstehung wirklicher Hämophilie anbahnen können. Kommt es doch auf pathologischem Gebiete überhaupt nicht ganz selten vor, dass bei Vermischung verschiedener Krankheitsanlagen nicht Neutralisation derselben, sondern eine gewisse Art von Kombination erfolgt, so dass z. B. gichtische Väter und skrophulöse Mütter rhachitische Kinder erzeugten.“ Weiter sagt Grandidier: „Ob die Hämophilie auch in späteren Jahren durch heftige Gemütsalterationen primitiv entstehen, gleichsam erworben werden kann, darüber liegen bis jetzt nur wenige Erfahrungen vor und es können etwa folgende Fälle dafür sprechen:

a) Der Fall von Mutzenbecher, wo die primitive Genese der Krankheit unter sonderbaren Verhältnissen erfolgte. Ein starker und kräftiger Knabe, das erste Kind gesunder Eltern, in deren beiderseitigen Familie keine Anlage zu Blutungen bestand, war bis zum 9. Monat kerngesund und gedieh an der Brust seiner Mutter vortrefflich. Einst wurde dieselbe im Walde von französischen Soldaten überfallen und entging nur mit äusserster Anstrengung entehrender Misshandlung, worauf sie der einer Stunde entfernten Heimat zueilte und bis zum Tode erschreckt sofort

in Ohnmacht fiel: kaum daraus erwacht, liess sie das Kind trinken, welches von da an seine frische, gesunde Farbe verlor und kurz nachher von Ekchymosen, spontanen und traumatischen lebensgefährlichen Blutungen befallen wurde, die nun das ganze Leben hindurch von Zeit zu Zeit eintraten. Von da an gebar die Mutter noch 2 Bluterknaben. Dieser Fall ist freilich einer doppelten Deutung fähig, indem man auch annehmen könnte, dass hier die Krankheit kongenital entstanden sei, oder dass eine unbekannte erbliche Anlage bestanden habe, vermöge deren sich auch ohne jenes occasionelle Moment die Haemophilie bei jenen Kindern wahrscheinlich entwickelt haben würde.

b) Ein anderer Fall wird von dem schwedischen Arzte André berichtet. Eine bisher gesunde Mutter, die so wenig wie ihr Mann einer Bluterfamilie angehörte und schon 2 gesunde Kinder hatte, sah in ihrer dritten Schwangerschaft zufällig eine ihrer Mägde mit blutendem Kopfe, wodurch sie so erschreckt wurde, dass ärztliche Hilfe notwendig wurde. Das 3. Kind, ein Mädchen, war Bluterin und starb in der 10. Woche an einer Blutung aus der angeschwollenen Bedeckung des Scheitels und aus den Fingerspitzen; auch die zwei nächsten Kinder waren Bluter und starben in der 10. und 20. Woche an Verblutung. Diese 3 Kinder hat die Mutter selbst gestillt."

Soviel über die kongenitale und primitive Entstehung der Haemophilie. Dass es sich in unserem Falle auch nicht um diese Art der Entstehung handeln kann, ist aus dem Angeführten ersichtlich; eine kongenitale Entstehung ist deshalb ausgeschlossen,

weil diese sich immer spätestens ein Jahr nach der Geburt geltend macht, während unser Patient erst im 19. Lebensjahre die erste Blutung hatte; eine spätere Erwerbung ist aus dem Grunde nicht annehmbar, dass absolut keine Veranlassung, namentlich keine Alteration des Gemütslebens nachzuweisen ist. Wir haben also das Leiden höchst wahrscheinlich zu betrachten als eine durch transgressive Vererbung entstandene Haemophilie.

Was uns in der Anamnese weiter auffällt, ist der Umstand, dass die ersten Spuren der Erkrankung erst im 19. Lebensjahre des Patienten zu bemerken waren. Wenn wir über diesen Punkt die Angaben von Grandidier betrachten, so finden wir folgendes: „Das Lebensalter, in welchem die Haemophilie zuerst auftritt, ist sehr verschieden; sie kann schon gleich nach der Geburt sich zeigen.

Wenn traumatische Blutungen selbstverständlich in jedem Alter vorkommen können, so treten dagegen die spontanen Blutungen der Bluter in der Regel erst am Ende des ersten oder bei Beginn des zweiten Lebensjahres auf. Auch die zweite Dentition und beim weiblichen Geschlechte Eintritt und Aufhören der Menstruation geben leicht Anlass zu Blutungen. In den schweizerischen Familien Vielis kam die Krankheit bei einigen in einem ziemlich weit vorgerückten Alter zuerst zum Vorschein, manche erkrankten früher, andere später, aber einmal ausgebrochen, wiederholten sich die Anfälle von Zeit zu Zeit. Durch den frühen terminus a quo unterscheidet sich die Haemophilie von den meisten anderen erblichen Krankheiten, welche erst in einem späteren

Lebensalter aufzutreten pflegen. Eine wohl nicht zu lösende Fage ist es, wann die Krankheit bei kongenitalem Auftreten zuerst entsteht. Nach der ersten Blutung scheinen die Kranken zu neuen Blutungen immer geeigneter zu werden, so dass man glauben sollte, die Krankheit wäre jetzt erst entstanden. So bemerkte Wunderlich bei einem Knaben bis zum 7. Jahre nichts, als derselbe aber einst nach Misshandlung durch Schläge auf den Rücken mit Beulen und Striemen bedeckt wurde, trat von da an Neigung zu spontanen Blutungen und Suggilationen nach der geringsten Veranlassung, selbst nach gelindem Drucke ein, die schlummernde hämorrhagische Diathese war erwacht, es traten spontane Blutungen aus Nase, Lunge und Darm ein, durch deren öftere Wiederholung der Knabe im 13. Jahre zu Grunde ging.

Es finden sich nur einige Angaben darüber, in welchem Alter die Haemophilie zuerst auftritt; gewöhnlich heisst es nur, dass die Kranken von Jugend auf geblutet hätten. Diesen Angaben nach trat die Krankheit zuerst auf:

im	1.	Lebensjahre	63 mal,
„	2.	„	17 „
„	3.	„	7 „
„	4.	„	1 „
„	5.	„	5 „
„	6.	„	6 „
„	7.	„	2 „
„	8.	„	1 „
„	9.	„	3 „
„	11.	„	3 „
„	13. 14. 15.	„	je 1 „
„	22.	„	2 „

Das späteste Alter, wo die Krankheit zuerst sichtbar wurde, ist demnach das 22. Lebensjahr."

Nachdem in unserem Falle die Haemophilie im 19. Lebensjahre sich zum erstenmale dokumentierte, gehört der Fall, was die Zeit des ersten Auftretens der Krankheit betrifft, zu den seltenen.

Ein interessanter Punkt in der Anamnese ist auch die Angabe des Patienten, dass alljährlich bei Eintritt der warmen Witterung stärkere Blutungen aufgetreten seien. Ueber diesen Einfluss der Witterung finden wir bei Grandidier folgende Angaben: „Wetterveränderungen, nasse und feuchte Witterung, grosse Hitze und Kälte bewirken oft Anfälle von oberflächlichen und interstitiellen Blutungen, so war es bei Krimer, Martin, Bicking, Vieli, Tardieu, Resal, Simon u. a. Bei Dequevauviller hörten die Blutungen regelmässig auf, sobald sich der Kranke im Süden aufhielt, und kehrten wieder, wenn er in ein kälteres Klima zurückkam. Bei Martin waren die Blutungen am gefährlichsten im heissen Sommer, bei Gewittern, und im Frühjahr und Winter bei Thauwetter nach vorangegangener strenger Kälte; bei Tardieus Kranken wurden die Blutungen durch Sturm, Regen und Schnee hervorgerufen, so dass dieselben als Wetterpropheten galten.

Auch Bickings Kranker war ein solches Hygrometer, sogar nach einem warmen Fussbade stellten sich bei ihm Oedem, reissende Schmerzen, selbst Ekchymosen und Blutungen ein. Diese Erfahrungen widersprechen freilich den Beobachtungen, welche Otte längere Zeit hindurch mit grosser Sorgfalt anstellte. Er fand, dass bei seinen Kranken eine

direkte Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes von der jedesmaligen Witterungskonstitution nicht nachzuweisen war. Wenn auch trübes, unfreundliches Wetter dem Allgemeinbefinden des Patienten nicht gerade zuträglich war, so liess sich doch eine Kongruenz der Verschlechterung der Witterung mit Verschlimmerung der Krankheit nicht feststellen, wie denn auch der Eintritt der einzelnen Blutungen weder hierdurch, noch durch irgendwelchen Barometerstand nachweisbar beeinflusst wurde. Viele Beobachter sahen die Krankheit im Frühjahr und Herbst häufiger als in anderen Jahreszeiten eintreten, so Dequevauviller, Consbruch, Schäfer, Mende, Gröschner, Cramer, Wachsmuth, Mutzenbecher und ich."

Schliesslich wäre zu berücksichtigen die Konstitution und der Habitus des Patienten. Der Kranke ist von grazilem Körperbau, hat blonde Haare und blaue Augen und eine sehr blasse Gesichts- und Hautfarbe. Wenn wir die Angaben betrachten, betreff des Zusammenhanges von Konstitution und Habitus einerseits und der Haemophilie andererseits, so sagt Grandidier: „Es gibt keine allgemeinen und bestimmten Kennzeichen, wodurch es möglich wäre, die Haemophilie aus dem äusseren Habitus der Individuen zu erkennen, obgleich Otto und andere amerikanische Aerzte behaupten, es gäbe Personen, welche es den Kindern gleich ansehen könnten. Nur Dequevauviller führt etwas ähnliches an, nach ihm sind die Zeichen aus dem Habitus der Bluter in ihrem Ensemble so charakteristisch, dass es ihm mehrmals gelang, die hämophile Disposition zu entdecken.

ohne dass vorher ein Zeichen der wirklichen Erkrankung bemerklich war. Er fand durchgehends die Haut fein und schlaff, das Unterhautzellgewebe dünn, fettarm, weich, Muskulatur wenig entwickelt, Sclerotica halb durchsichtig. Alle anderen Beobachter stimmen aber mit Vieli überein, wenn er sagt: „Die Bluter kann man äusserlich gar nicht unterscheiden, da sie ebenso kräftig als andere Menschen gebaut sind.“ In der That kommen solche Kinder anscheinend gesund und stark zur Welt und verraten anfangs durch nichts den in ihnen schlummernden Keim zu jener Krankheit. Ihr Habitus zeigt allerdings insofern manches besondere, als sie oft blonde oder hellbraune Haare bei blauen Augen, oder umgekehrt schwarze Haare und Augen haben. Die Haut erscheint fein, dünn und weiss, zuweilen wachsfarbig, oft eigentümlich rot durchschimmernd mit sichtbar entwickelten Venen, was ihnen ein blühendes Aussehen gibt, das mit den schwarzen Augen und Haaren grell kontrastiert. Die Statur wird bald als schön und gross, ja athletisch, bald als schlaff und zart bezeichnet. Ausserhalb der Anfälle von Blutungen und Gelenkschmerzen sehen die Bluter gewöhnlich frisch und gesund aus. Die Haare sind oft dünn und spärlich; Legg fand nach der Pubertät nur schwachen Bart, aber starke Entwicklung der Schamhaare. Die Zähne werden gewöhnlich als sehr weiss angegeben; selten sind sie cariös; das Zahnfleisch ist in der Regel gesund. Gewöhnlich arten die Bluter hinsichtlich der Statur, Konstitution und Farbe der Haare und Augen der Mutter, selten dem Vater nach. Die Gesamtkonstitution der Bluter ist nicht übereinstimmend und

wird bald lymphatisch, bald atrabilarisch oder nervös genannt."

Wenn wir nun die allgemeinen Symptome der Haemophilie betrachten und sie in Beziehung bringen zu unserem vorliegenden Fall, so kommen wir zu folgendem Resultate.

„Da die Bluterkrankheit die ausgeprägteste Form der permanenten hämorrhagischen Diathese ist, sagt Grandidier in dem Kapitel Symptomatologie der Bluterkrankheit, so werden natürlich die Blutungen die wichtigste Rolle in dieser Krankheit spielen, und nebst den Gelenkaffektionen und Gliederschmerzen hauptsächlich in Betracht kommen. Die dabei so häufig vorkommenden Petechien, Ekchymosen und Blutgeschwülste sind zwar ebenfalls nur interstitielle Blutungen, die jedoch in ihren Erscheinungen manches Eigentümliche darbieten, so dass man sie, um ein anschauliches Bild der Krankheit zu geben, wohl unabhängig von den oberflächlichen Blutungen abhandeln kann. Es wären also zunächst folgende 3 Symptome zu betrachten.

I. Oberflächliche spontane und traumatische Blutungen.

II. Interstitielle spontane und traumatische Blutungen.

III. Gelenkaffektionen und Gliederschmerzen der Bluter.

Diese Symptome können nun in verschiedenen Graden der Intensität und Kombinationen vorkommen, so dass man darnach drei verschiedene Stufen der Krankheit annehmen kann.

1. Bezeichnend für den ersten und am häufigsten

vorkommenden Grad ist die Neigung zu spontanen oder traumatischen oberflächlichen und interstitiellen Blutungen und zu Gelenkschwellungen, die bei allen oder den meisten Kindern einer Familie, besonders bei Knaben, vorkommt, von früher Jugend an beginnt und in der Regel das ganze Leben hindurch fortdauert. Diese Form ist die ausgeprägteste der Krankheit, die häufigste beim männlichen Geschlechte, und kommt nur ganz ausnahmsweise beim weiblichen vor.

2. Der zweite Grad der Krankheit ist viel weniger intensiv, es sind gewöhnlich nur spontane Blutungen der Schleimhäute vorhanden, die meist ohne Vorboten eintreten; traumatische Blutungen kommen nur selten vor, Gelenkanschwellungen fehlen oder werden nur durch rheumatoide Gliederschmerzen angedeutet. Diese Form kommt meist bei Frauen, zuweilen jedoch bei Knaben und Männern vor.

Der dritte oder geringste Grad ist durch Geneigtheit zu spontanen Ekchymosen bezeichnet und kommt besonders bei Frauen vor, die dann gewöhnlich zu früh und zu stark menstruiert sind.

Als gemeinsames Merkmal für alle drei Grade der Krankheit muss aber noch festgehalten werden, dass dabei fast immer hereditäre und kongenitale Entstehung vorhanden ist, indem nur höchst selten primitive Entstehung der Haemophilie in späteren Jahren konstatiert wurde."

Wenn nun in unserem Krankheitsfalle Gelenkanschwellungen und Gliederschmerzen vollständig fehlen, alle anderen Symptome aber wie spontane und traumatische oberflächliche und interstitielle

Blutungen, sowie Petechien, Ekchymosen und Suggilationen sicher nachzuweisen sind, so haben wir es zweifellos mit dem zweiten Grade der Krankheit zu thun. Wie in den meisten Fällen von Haemophilie spielten auch bei unserem Patienten neben den Hautblutungen die Blutungen aus der Nase eine Hauptrolle. Von traumatischen Blutungen ist zu nennen die sehr starke Blutung bei der Operation des Furunkels am Kinn, die Blutung bei Eröffnung des Abscesses in der Leiste und namentlich die starke und anhaltende Blutung aus der Harnblase infolge der Cystitis, für welche wir in der Litteratur ein Analogon nicht auffinden konnten. Von anderen Blutungen sind zu nennen geringe Blutbeimischung beim Auswurfe während der Bronchitis; dagegen konnte bei den starken Diarrhöen ein Blutabgang nicht konstatiert werden. Auffallend ist es, dass bei dem stark ausgeprägten Falle niemals pathologische Erscheinungen an den Gelenken nachzuweisen waren. Zutreffend ist in unserem Falle auch die Angabe, dass den Blutungen in der Regel Vorboten vorausgehen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, voller und frequenter Puls; ja einmal gab Patient an, dass er ganz bestimmt glaube, dass in ein paar Stunden eine stärkere Blutung eintreten werde, was denn auch wirklich der Fall war. Auch bewahrheitete sich bei uns die Angabe, dass die Patienten sich auffallend rasch von ihrem starken Blutverlust und der allgemeinen Entkräftung erholen.

Werfen wir zum Schlusse noch einen Blick auf die angewandte Therapie, so treffen wir auf einen Punkt, der vielleicht Anlass geben kann, bei ähnlichen

Gelegenheiten einen Versuch zu machen, wir meinen die ausserordentlich prompte und günstige Einwirkung des innerlichen Gebrauches von Liquor ferri sesquichlorati.

Während man früher versuchte, durch Aderlass und leichte Incisionen den Erethismus des Gefässsystems und die Neigung zu Fluxion herabzusetzen, ist man jetzt wegen der damit verbundenen Gefahr des Verblutens davon abgekommen. Man hat dann alle möglichen Mittel versucht mit mehr oder weniger günstigem Erfolge; Martin empfahl die Anwendung von Nauseosa, andere sahen günstige Beeinflussung bei Gaben von Glaubersalz, ferner wurden angewandt: Bittersalz, dann Mittel, welche die Widerstandsfähigkeit und Energie der Kapillaren stärken sollen, wie China, Ratanhia, Cascarille, essigsaures Blei und Eisen, salzsaures Eisen, Forrum carbonicum; ferner gehören hieher Sool-, See-, Loh- und Fussbäder, kalte Waschungen. Ausser diesen Mitteln, welche den Zweck haben sollen, womöglich eine radikale Heilung des Leidens herbeizuführen, wurden noch eine Masse von Mitteln angewandt zur Stillung der momentanen Blutungen. Von diesen sind zunächst als örtliche blutstillende Mittel zu nennen die verschiedenen mineralischen und vegetabilischen Styptica, wie die adstringierenden Pflanzenpulver von Tannin, Katechu; ferner Terpentinspiritus, Lösung von Colophonium in Weingeist, Creosot, concentrierte Mineralsäuren, Alaun, Eisen- und Kupfersulphate und -Chloride, Argentum nitricum; am meisten bewährten sich davon Argentum nitricum und Liquor ferri sesquichlorati. Ausser diesen als Styptica bekannten Mitteln kommen in Betracht

die Aetzmittel, dann Kompression, Ligatur, Kälte und endlich Transfusion. Ausser den örtlich blutstillenden Mitteln kommen in Betracht innere blutstillende Mittel; als solche sind zu nennen Mineralsäuren, Alaun, essigsaures Blei, Eisenmittel, namentlich Liquor ferri sesquichlorati, Tannin; besondere Beobachtung verdient jedoch hier Ergotin und Secale cornutum.

Als das gebräuchlichste Mittel der Neuzeit wurde denn auch in unserem Falle zunächst Ergotin angewandt und zwar in Form von subkutanen Injektionen, jedoch mit so schlechtem Erfolge, dass nach ein paar Tagen mit der Applikation des Mittels ausgesetzt werden musste; es traten nämlich trotz der nicht übermässigen Dosierung bald toxische Erscheinungen bestehend in Schwindel und einem Exanthem zu Tage, die der weiteren Anwendung Einhalt geboten. Im Gegensatze zu diesem sonst allgemein beliebten und in vielen Fällen prompt wirkenden Mittel sahen wir in unserem Falle einen auffallenden Erfolg von dem dann angewandten Liquor ferri sesquichlorati. Die Einwirkung desselben war bei jeder neu eintretenden Blutung so rasch und vollständig, dass wir nur wünschen können, es möge das Mittel gegebenen Falles weiter erprobt werden. Ob durch eine länger dauernde Darreichung dieses Eisenpräparates eine durchgreifende Einwirkung auf die Krankheit selbst und allenfalls eine Radikalkur derselben zu erzielen wäre, konnte bei der kurzen Dauer der Beobachtung des Patienten nicht konstatiert werden. Abgesehen von diesem inneren Mittel wurde beim Patienten gegen die häufigen Blutungen aus der Nase öfters die Tamponade nötig. Na-

türlich war auch zur Hebung des schlechten Allgemeinbefindens für eine kräftigende Diät gesorgt.

Dass die Hämophilie bei unserem Patienten nicht als geheilt betrachtet werden darf, versteht sich von selbst, im Gegenteil, die Blutungen werden sich wohl über kürzere oder längere Zeit wiederholen und zwar ist anzunehmen, dass sie wie bei den meisten Blutern an Intensität immer zunehmen. Es sind ja in der Litteratur Bluter verzeichnet, die ein sehr hohes Alter erreicht haben, die meisten erliegen jedoch nach nicht sehr langer Zeit ihrer unheimlichen Krankheit. Jedenfalls wäre es interessant, wenn Patient noch weiter beobachtet werden könnte; in der letzten Zeit wurde jedoch jede Spur von ihm verloren, sein gegenwärtiger Aufenthalt ist nicht zu ermitteln.

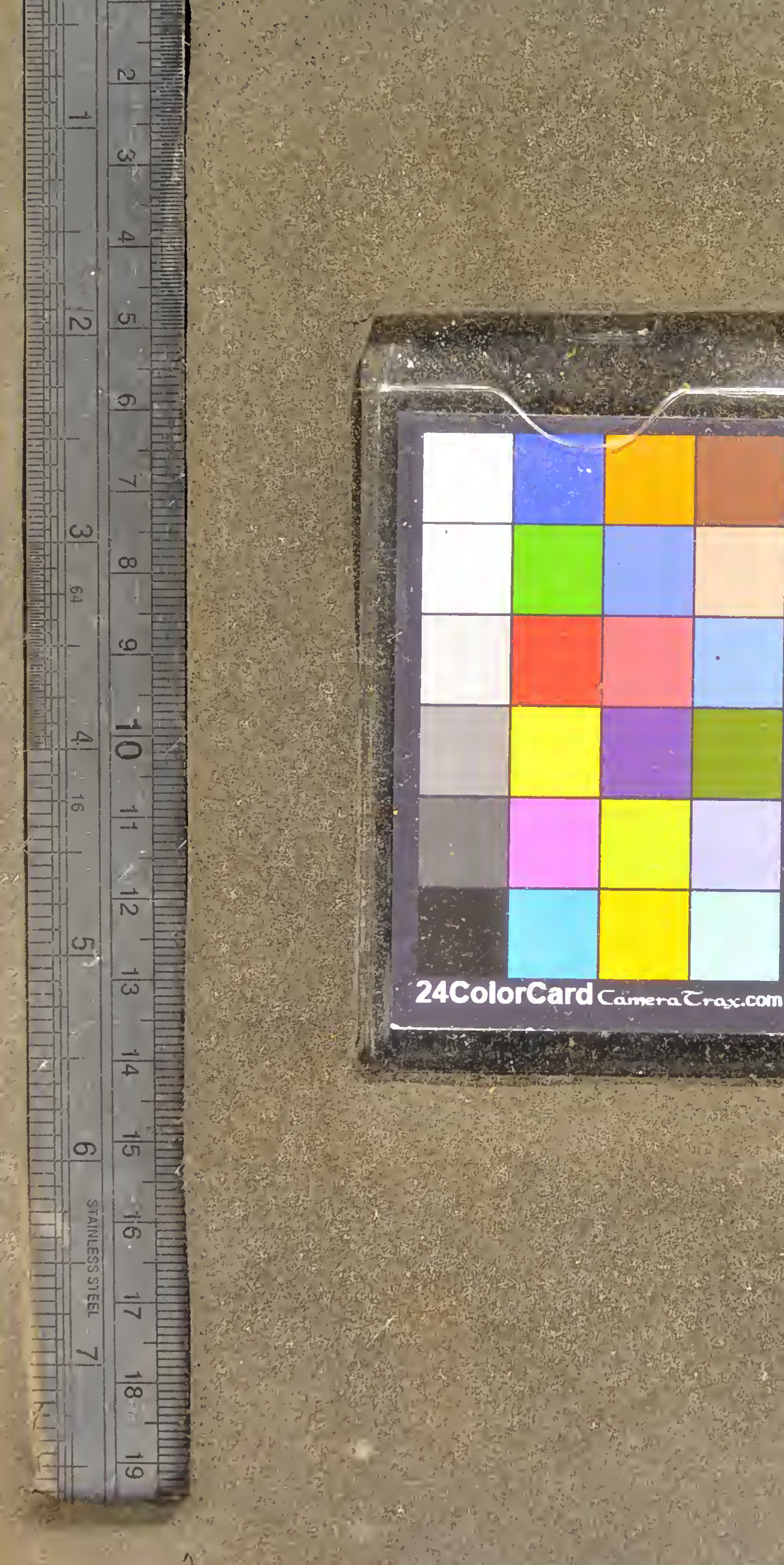
Zum Schlusse kann ich es nicht unterlassen, Herrn Universitätsprofessor Dr. Posselt, Vorstand der III. med. Abt. des Krankenhauses l. d. Isar in München, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die gütige Ueberlassung des Krankheitsfalles.

Litteratur.

Grandidier, Die Haemophilie.

Wilhelm Koch, Die Haemophilie in ihren Variationen.

Nasse. Horns Archiv 1820.


24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL